

# 多发性早期胃癌诊断1例

王峰, 汪灏, 王萌, 时林森, 管文贤

王峰, 时林森, 南京医科大学鼓楼临床医学院普通外科 江苏省南京市 210008

汪灏, 王萌, 管文贤, 南京市鼓楼医院普通外科 江苏省南京市 210008

王峰, 硕士, 主要从事胃肠道肿瘤方向的研究。

作者贡献分布: 本文涉及的病例手术由管文贤主刀, 汪灏、王萌、王峰及时林森协助手术; 王峰负责收集和整理资料、查阅文献及文章撰写; 管文贤、汪灏、王萌及时林森负责对文章的后期指导和修改。

通讯作者: 管文贤, 主任医师, 210008, 江苏省南京市中山路321号, 南京鼓楼医院普通外科。guan-wx@163.com

电话: 0258-3105114

收稿日期: 2012-07-14 修回日期: 2012-09-06

接受日期: 2012-10-16 在线出版日期: 2012-12-08

## Multiple early gastric carcinoma: Report of one case

Feng Wang, Hao Wang, Meng Wang, Lin-Sen Shi, Wen-Xian Guan

Feng Wang, Lin-Sen Shi, Department of General Surgery, Drum Tower Clinical Medical College of Nanjing Medical University, Nanjing 210008, Jiangsu Province, China

Hao Wang, Meng Wang, Wen-Xian Guan, Department of General Surgery, Nanjing Drum Tower Hospital, Nanjing 210008, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Wen-Xian Guan, Chief Physician, Department of General Surgery, Nanjing Drum Tower Hospital, 321 Zhongshan Road, Nanjing 210008, Jiangsu Province, China. guan-wx@163.com

Received: 2012-07-14 Revised: 2012-09-06

Accepted: 2012-10-16 Published online: 2012-12-08

## Abstract

Multiple early gastric carcinoma is a relatively rare clinical entity and is easy to be misdiagnosed for missing tumor lesions. Here we report such a case in a patient who was diagnosed with this rare disease by postoperative pathology after two surgeries. Major causes of misdiagnosis of this disease include the lack of experience with multiple early gastric carcinoma, limitations of medical examinations, and poor patient compliance. To increase the detection rate of multiple early gastric carcinoma, clinicians should increase knowledge about this disease to raise awareness. Chromoendoscopy and magnifying endoscopy should be used when conventional endoscopy is not enough to help establish a diagnosis. Careful intraoperative examination should also be guaranteed. Moreover,

pathological examination of continuous sections of surgical specimens is necessary for a definite diagnosis.

**Key Words:** Multiple; Gastric carcinoma; Early; Diagnosis

Wang F, Wang H, Wang M, Shi LS, Guan WX. Multiple early gastric carcinoma: Report of one case. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2012; 20(30): 3403-3405

## 摘要

多发性早期胃癌在临床上比较少见, 胃镜检查及诊断上容易遗漏病灶而误诊。本病例患者行两次外科手术, 术后病理均证实为多发性早期胃癌。分析误诊原因为临床医师对该病认识不足, 很多检查措施存在自身局限性, 患者不配合医师检查。临床医生应拓宽思路, 完善疾病知识, 主观上重视疾病, 术前必要时行染色内镜或放大内镜检查, 术中探查全面仔细, 术后病理行连续切片, 提高多发性早期胃癌的检出率。

**关键词:** 多发性; 胃癌; 早期; 诊断

王峰, 汪灏, 王萌, 时林森, 管文贤. 多发性早期胃癌诊断1例. *世界华人消化杂志* 2012; 20(30): 3403-3405

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/20/3403.asp>

## 0 引言

胃癌是常见的消化系统肿瘤, 而亚洲又是其高发地区, 胃癌患者5年生存率也比较低<sup>[1]</sup>。胃癌常见的大多以单发形式出现, 部分可以多中心形式发生。胃内同时存在2个或2个以上独立的癌灶者为多发性胃癌又称多原发胃癌(multiple primary gastric carcinomas, MPGC)<sup>[2]</sup>。MPGC多见于早期胃癌, 约占全部胃癌患者的9.0%<sup>[3]</sup>。多发性早期胃癌的发病率近年来有逐步增高的趋势, MPGC在可切除胃癌中的比例为0.8%-10.7%, 各学者报道的结果也不一致, 并且MPGC在早期胃癌中的发生率较其在进展期胃癌中的发生率高<sup>[4]</sup>。目前比较公认的多发性早期胃癌的诊断标准<sup>[5]</sup>:

## ■背景资料

胃癌常见的大多以单发形式出现, 部分可以多中心形式发生。胃内同时存在2个或2个以上独立的癌灶者为多发性胃癌又称多原发胃癌(MPGC)。公认的多发性早期胃癌的诊断标准: 各病灶在病理组织学上有恶性表现; 从组织学角度上各病灶之间存在正常的胃黏膜而彼此隔离; 1个病灶并不是从其他病灶的局部进展或转移而来的。

## ■同行评议者

傅春彬, 主任医师, 吉化集团公司总医院一院消化内科

## ■研究前沿

该病例发病率虽逐年上升,但总体发病率还是较低,还需要内镜医师、外科、手术医师、病理医师三方合作,增加对疾病的重视程度,从而减少误诊,真正使患者受益。

## ■相关报道

研究认为,胃癌属于多中心起源即在早期阶段,肿瘤呈多中心发生,且大多数癌灶间距离较近;随着肿瘤不断生长,癌灶逐渐靠近并融合为单个较大癌灶。至肿瘤进展期时已难以分辨癌灶是单发还是多发融合。因此,MPGC在早期胃癌中的比例往往高于进展期胃癌。国内报道早期胃癌中MPGC占14%-30%,而进展期MPGC仅占2.29%。MPGC的预后与单发肿瘤没有显著差异。MPGC的复发率为18%,单发肿瘤为10%;MPGC的5年生存率为90%,单发肿瘤为94%。

各病灶在病理组织学上有恶性表现;从组织学角度上各病灶之间存在正常的胃黏膜而彼此隔离;1个病灶并不是从其他病灶的局部进展或转移而来的。本文就2011-11于我院术后诊断为多发性早期胃癌的1例病例作报道并阅读相关文献,分析总结多发性早期胃癌术前、术中与术后临床诊断的注意要点。

## 1 病例报告

女,55岁,因“进食哽噎感半年”入院。入院查体腹部无阳性体征,门诊胃镜:浅表性胃炎,贲门炎;病理:(贲门)黏膜固有层见小凹上皮生长紊乱,上皮具有轻度异型性,倾向为黏膜内癌;超声内镜:贲门黏膜异型增生。入院诊断:贲门黏膜异型增生。查肿瘤标志物均正常。完善术前诊断行内镜下黏膜剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD),术中胃镜所见:贲门下胃底可见大小约1 cm×2 cm增生黏膜,表面充血粗糙,形态不规则。术后病理(贲门大黏膜切除标本)示:腺癌,部分为印戒细胞癌,癌组织位于黏膜浅层固有层内。脉管内未见明确癌栓,切缘未见癌组织残留。免疫组织化学(2个蜡块):癌细胞表达CK(+).外科会诊后行“根治性近端胃大部切除术”,术中探查胃周未触及肿大淋巴结,术中标本胃黏膜未见明显病灶。术后病理示:胃多灶性低-中分化腺癌,部分为印戒细胞癌,癌组织局限于黏膜固有层内(黏膜内癌),小灶区食管黏膜固有层内见癌组织浸润,未见明确神经及脉管侵犯。病灶位于贲门前壁、胃体小弯及前后壁。标本上切缘及送检“吻合圈”2枚均未见癌组织残留,癌组织紧靠标本下切缘(约2 mm),胃周淋巴结未见癌组织转移。病理分期:ⅠA(T1, No, cMo)。临床结合病理,考虑癌灶为多发的,全院多科室(普外科、消化科、肿瘤科、病理科)会诊后,行“残胃切除术”,术中标本胃黏膜肉眼观未见明显异常,术中病理快速报:未见明显恶性;术后常规病理示(远端胃):胃浅表平坦型多灶性黏膜内癌(中低分化腺癌,部分为印戒细胞癌),脉管内未见明确癌栓,神经未见明确癌组织侵犯。标本上下切缘均未见癌组织浸润。胃周查见淋巴结1枚未见癌组织转移。癌周胃黏膜示轻度慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生。胃残端,食道切缘原吻合口,第6组淋巴结未见癌组织转移。食管空肠吻合圈未见明确癌组织浸润。患者术后半年随访未见肿瘤复发转移。

## 2 讨论

MPGC在临床上不多见,未引起临床医师的重视。随着现在早期胃癌诊断率的增加,MPGC亦逐渐增加。但其术前漏诊率较高(14.5%-61.4%)<sup>[6]</sup>。多发性早期胃癌特点:癌组织浸润深度多在黏膜层,大小多数在0.5 cm左右,病变部位多数在胃体上部、幽门部及小弯处,与首先发现病灶的部位和病灶间的距离无关<sup>[6]</sup>。本病例患者病灶累及贲门、胃体、胃窦多部位,癌组织局限于黏膜固有层内(黏膜内癌)。通过对本病例的分析及结合相关文献,我们发现MPGC尤其是早期胃癌的漏诊率高<sup>[7]</sup>,原因在于:(1)临床医师及辅助人员对病例的认识不足,警惕性不高,满足于单个病灶的发现、切除,主观认为已经确诊并医治,却忽略可能存在的其他多发癌灶,另外临床医生术前对患者的术前检查未做详细全面的分析,遗漏一些重要的影像学检查结果,导致术中、术后诊断与术前诊断不符,目前检查手段多样,但各有局限性,胃镜主要通过肉眼直接形态学观察诊断胃内腔黏膜病变、病变部位、形态及病变范围,并可行活组织检查明确病变性质。但普通胃镜对多发性早期胃癌,特别是微小胃癌极易漏诊,多为肿瘤直径较小、周围无黏膜皱襞集中的平坦型及凹陷型早期病灶。消化道钡餐检查虽可以对全胃作检查。但有时钡剂附着不良,尤其是早期胃癌,从而影响诊断结果;(2)患者对检查抱有抵触情绪,尤其是一些有创检查如胃镜活检等。内镜操作时患者配合差,临床医生不能顺利全面的观察胃壁黏膜的情况,也会对最后诊断的结果产生影响<sup>[8,9]</sup>。

术前MPGC的明确诊断,对手术适应证判断、手术部位及手术方式的决定均有重要意义,使患者能够早期诊断,早期治疗,延长患者生存时间。通过对本病例的学习分析及结合相关文献,降低MPGC尤其是早期胃癌漏诊率,我们总结出一些经验:(1)我们临床医师首先要掌握MPGC的特点:MPGC大多数为早期胃癌,胃黏膜高度萎缩、广泛肠上皮化生、异形性增生的60岁以上的高龄男性为MPGC的高危人群<sup>[10]</sup>,对高危患者在诊断及检查过程中要充分意识到有MPGC的存在可能,不能满足于发现一处病灶而忽略对其他部位的详细检查,胃镜操作的技术亦与胃癌病灶检出率有密切的关系<sup>[11]</sup>,操作内镜医师如经验不足,操作困难,可及时请教上级医师协助,只有熟练的操作技术、轻柔的手法,才能有充足的时间细微观察,尽可能减少病灶的

遗漏; (2)从MPGC的诊断技术方面分析胃镜检查相比较X线而言有较高的确诊率, 有关文献报道多发性早期胃癌内镜检查诊断率为63.0%, X线造影检查诊断率为46.6%<sup>[10]</sup>。现在胃镜检查已普及, 胃镜检查时应以远镜大视野观察全貌与近镜逐步寻找相结合, 如近距离发现黏膜有色泽的改变、小颗粒隆起、粗糙、小糜烂、小凹陷、边缘不整齐的小溃疡等改变, 要及时钳取组织, 始终要考虑到有可能为多发性病变, 这样才能不至于漏掉每一个可疑之处。对可疑早期胃癌用色素法和多点活检法联合检查, 这样能有效提高MPGC漏诊病灶的检出率。内镜医师在内镜操作时对有怀疑的部位可以行染色内镜处理, 国外报道用刚果红-美蓝双色素胃镜检查对II型早期胃癌检出率达89%, 而一般胃镜仅28%; 对微小胃癌检出率达75%, 而一般胃镜仅25%。国内早期胃癌的常规内镜检出率较低, 色素内镜下的检出率目前尚无大样本报道<sup>[12]</sup>。目前而言, 通过染色内镜可以增强内镜医生的诊断能力, 并且用于染色内镜的各种染料是安全便宜的, 能被传统内镜使用; 但是他们也受主观影响, 同时也没有统一的衡量标准, 其应用范围有待进一步发掘。另外在医疗条件许可的医院可行放大内镜检查。Tajiri等<sup>[13]</sup>通过对胃黏膜类型和毛细血管形态观察, 并与实体显微镜和组织病理学检查对照, 发现放大内镜对早期胃癌的诊断敏感性和特异性分别是96.0%和95.5%, 明显高于普通内镜; (3)术前检查除了胃镜和活检以外, 完善的影像学检查也能提高多发性早期胃癌的检出率。如术前CT尤其是螺旋CT的检查, 不仅能发现胃周和远处淋巴结及脏器的转移, 同时能发现一些漏诊的病灶, 尤其是侵及肌层以上的病灶。胃钡餐造影尤其是低张气钡双重造影检查, 不仅能全面连贯的观察整个胃壁的情况, 更能清楚地显示胃黏膜的细微结构, 对早期胃癌的诊断有独特的效果; (4)术中应仔细行全胃的探查, 不能满足于找到一个病灶, 术中应及时剖视标本, 如见胃黏膜病变范围广泛, 建议立即术中活检, 以免漏诊。术中发现多发性病变, 涉及贲门和胃窦, 建议全胃切除; 如第1次术中未行活检, 术后病理提示MPGC, 建议行2次手术行残胃切除; 如患者及家属拒绝手

术则需定期胃镜检查残胃, 密切观察残胃黏膜的变化情况<sup>[14]</sup>; (5)术中快速未见明确恶性, 术后标本需行连续病理切片检查以降低漏诊率。不能满足于单做肉眼发现的病灶的病理切片。Kosaka等<sup>[15]</sup>研究发现, 只对肉眼发现异常的病变进行病理切片检查, 发现多发癌的概率仅为5.9%, 而对全胃标本进行连续病理切片检查, 其发现多发癌的概率为13.2%。

通过本例病例及相关文献的学习, 希望能增加我们对MPGC尤其是早期胃癌的认识, 减少尤其是早期胃癌肉眼观未见异常的病例的误诊, 提高多发性早期胃癌的检出率, 为临床医生的诊断提供帮助。

### 3 参考文献

- 1 Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 74-108
- 2 叶振, 刘文天, 王邦茂, 吕宗舜, 张庆瑜, 姜葵, 杨玉龙. 国人多原发胃癌荟萃分析. *国际消化病杂志* 2009; 29: 216-219
- 3 单吉贤, 梁洪伟, 陈峻青, 吴焯秋, 晋庆波. 多发早期胃癌的临床特点. *中华外科杂志* 1999; 37: 378
- 4 陈吉彩, 施红旗. 16例多发性胃癌临床分析. *中华胃肠外科杂志* 2002; 5: 206
- 5 MOERTEL CG, BARGEN JA, SOULE EH. Multiple gastric cancers; review of the literature and study of 42 cases. *Gastroenterology* 1957; 32: 1095-1103
- 6 杨波, 秦荣, 曹志宇, 董立国, 蒲永东. 选择性区域灌注化疗对胃癌根治术后患者预后的影响. *解放军医学杂志* 2011; 36: 1211-1213
- 7 谭戈文, 王志刚. 多发性胃癌的诊治进展. *中国现代普通外科进展* 2010; 13: 228-230
- 8 凌伟, 卞育海, 陈治平. 多发胃癌的诊断和处理. *外科理论与实践* 2005; 10: 258-261
- 9 孙备, 许军, 周尊强, 刘昶, 姜洪池. 多发性胃癌合并胃结核一例. *中华胃肠外科杂志* 2003; 6: 313
- 10 赵明芳, 刘云鹏. 产甲胎蛋白老年晚期胃癌多学科综合处理. *中国实用内科杂志* 2012; 32: 182-184
- 11 莫红楠, 韩潇, 吴东, 朱峰. 腹痛呕吐腹腔积液. *中国实用内科杂志* 2012; 31: 644-645
- 12 孙文, 蔡洪培. 早期胃癌研究进展. *中华国际医学杂志* 2003; 3: 259-261
- 13 Tajiri H, Doi T, Endo H, Nishina T, Terao T, Hyodo I, Matsuda K, Yagi K. Routine endoscopy using a magnifying endoscope for gastric cancer diagnosis. *Endoscopy* 2002; 34: 772-777
- 14 左国文. 多发性胃癌5例报告. *广西医科大学学报* 1998; 15: 77
- 15 Kosaka T, Miwa K, Yonemura Y, Urade M, Ishida T, Takegawa S, Kamata T, Ooyama S, Maeda K, Sugiyama K. A clinicopathologic study on multiple gastric cancers with special reference to distal gastrectomy. *Cancer* 1990; 65: 2602-2605

### ■创新盘点

本文介绍的病例发病率低, 癌灶分布广泛, 散布在贲门、胃体、胃窦等各个部位, 病灶小, 癌组织局限于黏膜固有层内(黏膜内癌)。综合国内外文献, 阐述疾病特点, 并从内镜医师、外科手术医师、病理医师3个角度增加对疾病的认识程度, 提高疾病的检出率。

### ■同行评价

多发早期胃癌临床不常见, 通过本文描述, 对内镜医师今后工作有一定指导意义。

编辑 翟欢欢 电编 闫晋利